

Mantar Zehirlenmesine Bağlı Gelişen Akut Pankreatit: Olgu Sunumu

Türker YARDAN^{a1}, Hızır Ufuk AKDEMİR¹, Ahmet BAYDIN¹, Mehmet Selim NURAL², Özgür ECEMİŞ³,
Selim GENÇ¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, SAMSUN, Türkiye

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, SAMSUN, Türkiye

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Departmanı, SAMSUN, Türkiye

ÖZET

Mantar zehirlenmelerinde farklı organ yetersizlikleri görülebilir. Ancak akut pankreatit mantar zehirlenmesinin nadir bir komplikasyonudur. Altmış altı yaşında kadın hasta yabani mantarı yemesinden 24 saat sonra bulantı, kusma ve karın ağrısı yakınmaları ile acil servisimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet vardı. Başvuru anında serum hepatik transaminazlar, amilaz ve lipaz düzeylerinde yükseklik saptandı. Çekilen bilgisayarlı batin tomografisinde peripankreatik mayi görüldü. Hasta mantar zehirlenmesine ve akut pankreatit tanısıyla acil yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Takip süresince klinik durumu iyi olan hastanın hepatik transaminazları ve pankreatik enzim düzeyleri progresif olarak azaldı. Komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. Mantar zehirlenmesinin ve akut pankreatitin erken semptomları benzerdir. Mantar zehirlenmeli hastalarda diğer organ yetersizliklerinin yanı sıra akut pankreatit olasılığı düşünülmelidir. Akut pankreatit ve mantar zehirlenmesinin erken tanısı ve uygun tedavisi iyi prognoz sağlanmasını ve komplikasyonların önlenmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler: Mantar zehirlenmesi, akut pankreatit, karaciğer hasarı

ABSTRACT

Acute Pancreatitis due to Mushroom Poisoning: A Case Report

Different organ dysfunctions may be seen in mushroom poisoning. However, acute pancreatitis is a rare complication of mushroom poisoning. Sixty-six years old women admitted to emergency department 24 h after wild mushroom ingestion with complaints of nausea, vomiting and abdominal pain. The epigastric discomfort was determined in initial examination. It was determined the elevated serum hepatic transaminases, amylase and lipase levels on admission. Computerized tomography of the abdomen showed minimal peripancreatic fluid. The patient was diagnosed as acute pancreatitis and mushroom poisoning and he was observed in emergency intensive care unit. Hepatic transaminases and pancreatic enzymes levels were progressively decreased and the clinical course was good during the observation period. The patient recovered without complication and was discharged from the hospital. Early symptoms of mushroom poisoning and acute pancreatitis are similar. Possibility of acute pancreatitis as well as other organ dysfunctions should be investigated in patients with mushroom poisoning. Early recognition and appropriate therapy for acute pancreatitis and mushroom poisoning may lead to an improved prognosis and complications.

Key words: Mushroom poisoning, acute pancreatitis, hepatic damage

Yabani mantar türlerinin yenmesi sonucunda hastanın klinik tablosu gastroenteritten ölümcül karaciğer nekrozuna kadar çeşitlilik gösterebilir (1,2). Doğada yaklaşık 5000 mantar türü bulunmakla birlikte bunların yaklaşık 100 tanesi toksin ihtiva etmektedir (3). Her bir mantar türü toksik etkilerini farklı yollarla meydana getirir ve belli organ sistemlerini etkiler (3,4). Toksik mantarın yenilmesi sonrasında ortaya çıkan semptom ve bulgular değişkenlik gösterir. Gastrointestinal sistem (GIS) bulguları genelde ortak bulgu olarak karşımıza çıkar (3). İlerleyen dönemlerde ise karaciğer yetmezliği başta olmak üzere görülen organ yetmezlikleri ve komplikasyonlar mortaliteyi belirler. Mantar zehirlenmelerinde ortaya çıkan semptomların spesifik olmaması zehirlenmenin erken dönemde tanınmasını engelleyebilir.

Akut pankreatit (AP), pankreasın çeşitli derecelerde etkilendiği inflamatuvar bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Akut pankreatitin en sık nedenleri safra taşları ve alkoldür (5).

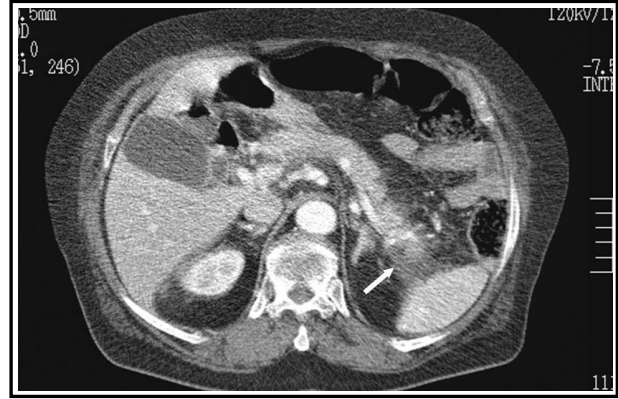
Literatürde, mantar zehirlenmesi ve AP birlikteliğini gösteren çok az sayıda çalışma vardır (6-8). Akut pankreatit ve mantar zehirlenmelerinin erken belirtilerinin benzer olması bu iki klinik tablonun ayrımını güçleştirebilir. Bu çalışmanın amacı, yabani mantar yenilmesi sonrasında karaciğer hasarı ve AP gelişen bir olguyu sunmak ve klinik takibine dikkat çekmektir.

OLGU SUNUMU

Altmış altı yaşında kadın hasta bulantı, kusma ve karın ağrısı yakınmaları ile acil servisimize başvurdu. Hastamızın yaklaşık 24 saat önce ormandan topladığı mantarı yediğini ve mevcut yakınmalarının mantarı yedikten 2-3 saat sonra başladığını öğrendik. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve diabetes mellitus vardı ancak alkol kullanımı hikâyesi yoktu. Hastanın vital bulguları; kan basıncı: 160/90mmHg, nabız:

^a Yazışma Adresi: Dr. Türker YARDAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, SAMSUN, Türkiye
e-mail: tyardan@yahoo.com

84/dakika, solunum sayısı: 20/dakika ve ateş: 36,4°C idi. Fizik muayenede; barsak seslerinde artma ve epigastriyumda hassasiyet saptandı. Hastanın laboratuvar incelemesinde; AST: 235U/L, ALT: 193U/L, Amilaz: 529U/L, Lipaz: 1090U/L iken diğer parametreler normaldi. Karın ultrasonografik incelemesi radyolog tarafından normal olarak yorumlandı. Bunun üzerine AP ön tanısı ile Bilgisayarlı Batın Tomografisi (BBT) planlandı. Çekilen BBT'sinde peripankreatik sıvı tespit edildi (Resim 1). Hasta gastroenteroloji bölümü tarafından değerlendirildi ve acil yoğun bakım ünitesinde tedavi altına alındı. Hastaya nazogastrik dekompresyon, sıvı-elektrolit desteği ve semptomatik tedavinin yanı sıra ilk iki gün intravenöz yolla 500 bin ünite/kg/gün dozunda pensilin G uygulandı. Takip süresince hastanın transaminaz, amilaz ve lipaz düzeyleri progresif olarak azaldı ve normal düzeylerine geriledi (Tablo 1). Genel durumu düzelen hasta tedavisinin 5. gününde şifa ile taburcu edildi.



Resim 1. Kontrastlı aksiyel bilgisayarlı tomografi kesiti. Pankreasın parankim kontrastlanması normaldir. Ancak pankreas kuyruğu çevresinde minimal sıvı görülmektedir (ok).

Tablo 1. Hastanın laboratuvar bulguları.

| | 1. gün | 2. gün | 3. gün | 4. gün | 5.gün |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Lökosit (4,1-11,2 bin/uL) | 5,3 | 5,6 | 4,9 | 6,9 | 7,1 |
| Hemoglobin (11,7-15,5 g/dL) | 11,3 | 11 | 10,7 | 11,5 | 11,4 |
| Trombosit (159-388 bin/uL) | 184 | 181 | 187 | 209 | 201 |
| Kalsiyum (8,1-10,7 mg/dL) | 8,8 | 8,3 | 8,6 | 8,7 | 8,6 |
| Glukoz (70-110 mg/dL) | 90 | 78 | 82 | 77 | 95 |
| BUN (5-24 mg/dL) | 8,2 | 9,8 | 6,6 | 5 | 6,7 |
| Kreatinin (0,4-1,4 mg/dL) | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,8 |
| AST (8-46 U/L) | 235 | 143 | 62 | 39 | 33 |
| ALT (7-46 U/L) | 193 | 144 | 93 | 68 | 37 |
| Total bilirubin (0,1-1,5 mg/dL) | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 0,6 |
| INR (0,85-1,15) | 1 | 1 | 0,9 | 0,9 | 0,8 |
| PTT (22-35 saniye) | 25 | 24 | 24 | 25 | 26 |
| Amilaz (28-100 U/L) | 529 | 233 | 127 | 77 | 25 |
| Lipaz (13-60 U/L) | 1090 | 465 | 169 | 101 | 58 |

TARTIŞMA

Mantar zehirlenmelerinin çoğu doğadan toplanan yabancı mantarların yenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Mantar zehirlenmelerinde yenen mantarın türüyle ilişkili olarak gelişen zehirlenme belirtileri hafif GİS yakınmalardan, multiorgan yetmezliği ve ölümlü sonlanabilen ağır sitotoksik tabloya kadar değişkenlik gösterir. Erken dönemde bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal gibi şikayetler ön plandadır. Ayrıca erken nörolojik yakınmalar; baş ağrısı, baş dönmesi, öfori, bilinç kaybı, görme bozukluğu, sanrının yanı sıra antikolinergik ve muskarinik belirtiler de gözlenebilmektedir (9). Mantar zehirlenmeleri yakınmaların başlangıç zamanına göre erken (ilk 6 saate içinde) ve geç (6 saatten sonra) başlangıçlı yakınmalar olarak görülebilmektedir. Gecikmiş olarak başlayan yakınmalar %90 ölümcüldür. Zehirli olan ve olmayan türdeki mantarların birlikte alımı söz konusu olabilir ve yakınmaların erken başlaması ciddi bir mantar zehirlenmesini dışlamaz (10). Aynı türden olsalar dahi mantar yenilmesinin ardından kişiler arasında farklı etkilenmelerin olabileceği rapor edilmiştir (11). Ayrıca mantar zehirlenme-

lerinde görülen gastrointestinal yakınmalar başka bir GİS patolojisi ile de karışabilir (12). Olgumuzda yakınmalar ilk 3 saatte başlamasına rağmen transaminazlarda artış ile karaciğerde hasar gelişmiştir.

Akut pankreatit, klinik olarak ani başlayan karın ağrısı ile birlikte serumda ve/veya idrarda pankreas sindirim enzimlerinin yükselmesi ve pankreasta radyolojik değişikliklerin bulunması ile tanımlanır (13). Olgumuzun, acil servise başvuru esnasında karın ağrısı, bulantı ve kusma mevcuttu. Yapılan laboratuvar incelemesinde amilaz ve lipaz değerleri yüksek saptandı ve çekilen BBT'si akut pankreatit ile uyumlu idi.

Mantar zehirlenmelerinin tanısı genellikle anamnez, mantar türlerinin incelenmesi ve klinik belirtiler ile konabilir. Hastanemizde toksikolojik inceleme yapılamadığı için bizim olgumuzda zehirlenme tanısı anamnez ve klinik bulgulara dayanarak konulmuştur. Mantar zehirlenmesi bulunan hasta-

ların takibi tam kan sayımı, tam idrar incelemesi, kan şekeri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, koagülasyon parametleri, fibrinojen ve kan gazı incelemeleri ile yapılması gerektiği bildirilmiştir (3). Mantar alımını takiben 36 saat içerisinde periyodik olarak karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını içeren testlerin tekrarlanması önerilmektedir (14). Karaciğer hasarı, mantar alımını takiben 24-36 saat sonra transaminazlarda hızlı bir yükselme ile kendini gösterir (9). Mantar zehirlenmelerinde toksinler tüm vücudu etkilemelerine rağmen özellikle karaciğer ve böbrek yetmezliği bu hastalardaki temel mortalite ve morbidite nedenidir. Karaciğer yetmezliği açısından kötü prognostik faktörler bilirubin ve transaminaz düzeylerinde belirgin artma, protrombin zamanının çok uzamış olması ve hipoglisemidir (1). Böbrek yetmezliği; hepatorenal sendrom ve alfa amanitinin doğrudan böbrek üzerine olan toksik etkisiyle ilişkilidir (15). Bizim olgumuzda hepatik transaminazlarda hafif yükselme olmasına rağmen renal fonksiyonların normal olduğu tespit edildi.

Mantar toksinleri farklı organları etkilemesine rağmen literatürde mantar zehirlenmesi sonucu gelişen AP olgusu nadirdir. Bildirilen bu olgularda AP kliniği ciddi karaciğer yetersizliği ile birlikte ve bu klinik tablodan siklopeptid yapı içeren Amanita phalloides sorumlu tutulmaktadır (6-8). Mantar zehirlenmelerinde AP gelişiminde farklı mekanizmalar mevcuttur. Siklopeptid içeren mantarlar RNA polimeraz II inhibisyonu yaparak etki gösterirler. RNA polimeraz II inhibisyonu protein sentezinde önemli rol oynayan karaciğer ve böbrek gibi organları hedef organ durumuna getirir. Bu grup mantar zehirlenmelerinin ilk fazı diğer mantar zehirlenmelerine benzer ve gastroenteritten ayırt edilemeyebilir. Ciddi karın ağrısı, kusma ve ishal alımdan 6-10 saat sonra başlar. Birkaç saat süren bu dönemin ardından hastanın kendini iyi hissettiği fakat karaciğer enzimlerinin yükselmeye başladığı ikinci evre başlar. Üçüncü evre ise genellikle alımdan 4-5 gün sonra görülen ciddi karaciğer, böbrek ve nadiren pankreatik etkilenme evresidir. Bu evrede hastada halsizlik, idrarda koyulaşma, ciltte sararma, karın ağrısı ve iştahsızlık bulunabilir. Ayrıca karaciğer enzimleri, üre, kreatinin ve bilirubin düzeylerinde yükseklik, pıhtılaşma testlerinde bozukluk, hipoglisemi ve hipokalsemi saptanabilir (16). Mantar toksinlerinin pankreas hücrelerine direkt toksik etkileri de akut pankreatit nedeni olabilir. Siklopeptid yapı içeren mantarlar glukoz, kalsiyum ve tiroid dengesini sağlayan hormonları da etkileyebilir. Pankreas β hücreleri üzerinde direkt toksik etki sonucu insülin ve C-peptid enzim düzeylerinde de artışa neden olabilir. Bu insülin salınımı hepatoselüler hasar öncesi hipoglisemi ile sonuçlanır. Serum kalsitonin düzeyinde artışa bağlı hipokalsemi gelişebilir (6).

KAYNAKLAR

1. Ergüven M, Çakı S, Deveci M. Mantar Zehirlenmesi: 28 vakanın değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47: 249-253.
2. Chaparro D, Becaroski N, Babulovska A. Alanine transaminase and prothrombin time abnormalities following mushroom poisoning. Toxicol Lett 2006; 164 Suppl 68:S99.
3. Aggarwal P, Wali J. Environmental toxins: Mushrooms. In: Diagnosis & management of common poisonings. Oxford University Press; 1997: 384-388.
4. Trestrail JH III. Mushroom poisoning in the United States-an analysis of 1989 United States Poison Center data. J Toxicol 1991; 29: 459-465.
5. Vissers RJ, Abu-Laban RB. Acute and Chronic Pancreatitis. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (eds.), Emergency Medicine: A comprehensive Study Guide (5th ed). New York, McGraw-Hill Co, 2000; 588-592.
6. Paar WD, Müller A, Spengler U et al. Progress of acute liver failure and indications for liver transplantation. Dtsch Med Wochenschr 1998; 123: 549-555.

7. Forró M, Mándli T. Liver transplantation after Amanita phalloides poisoning from the viewpoint of anesthesia and intensive care based on three cases. Orv Hetil 2003; 144: 269-273.
8. Beckurts KT, Hölscher AH, Heidecke CD, et al. The role of liver transplantation in the treatment of acute liver failure following Amanita phalloides poisoning. Dtsch Med Wochenschr 1997; 122: 351-355.
9. Schneider SM, Brayer A. Mushroom poisoning. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency Medicine: A comprehensive study guide, fifth edition. New York: McGraw Hill Co.,2000.p.1317-1322.
10. Saviuc P, Flesh F. Acute higher fungi mushroom poisoning and its treatment. Presse Med 2003; 32: 1427-1435.
11. Perez Moreno J, Ferraro Cerrato R. A review of mushroom poisoning in Mexico. Food Addit Contam 1995;12:335-360.
12. Unluoglu I, Cevik AA, Bor O, Tayfur M, Sahin A. Mushroom poisoning in children in Central Anatolia. Vet Hum Toxicol 2004; 46: 134-137.
13. Lowe ME, Whitcomb DC. Acute and chronic pancreatitis. In: Walker WA, Goulet O, Kleinman RE, Sherman PM, Shneider BL, Sanderson IR(eds). Pediatric Gastrointestinal Disease(4th ed), Vol 2. Ontario: BC Decker, 2004; 2: 1584-1597.
14. Satoro L. Non-specific mushroom poisoning. Vet Hum Toxicol 2004; 46: 224.
15. Sarıkayalar F, Saltık IN. Mantar Zehirlenmesi ve Tedavisi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1993; 7: 293-296.
16. Cevik AA, Ergün N. Mantar Zehirlenmeleri. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006; 2: 129-134.
17. Hsiao CT, Yang CC, Deng JF, Bullard MJ, Liaw SJ. Acute pancreatitis following organophosphate intoxication. J Toxicol Clin Toxicol 1996; 34: 343-347.

Kabul Tarihi: 02.04.2009